

**NOME DEL GATTO:** \_\_\_\_\_ **DATA DI NASCITA:** \_\_\_\_\_ M  F 
**RAZZA:** \_\_\_\_\_ **MANTELLLO:** \_\_\_\_\_

**# MICROCHIP:**  **# ISCRIZIONE LOI:** \_\_\_\_\_

**LUOGO E DATA DEL PRELIEVO:**
**CAMPIONE BIOLOGICO:** SANGUE EDTA  TAMPONE BUCCALE  CITO-BRUSH  TAMPONE CON SANGUE 
**SI RICHIEDE:**

- |   |     |   |     |
|---|-----|---|-----|
| <input type="checkbox"/> Degenerazione retinica PRA (rdAc)                      | 471 | <input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Cinnamon /Chocolate         | 456 |
| <input type="checkbox"/> Deficienza di piruvato chinasi (PK)                    | 453 | <input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Agouti                      | 457 |
| <input type="checkbox"/> Nefropatia policistica PKD                             | 400 | <input type="checkbox"/> Colorazione del pelo Siamese /Burmese            | 458 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P –<br>Maine Coon        | 518 | <input type="checkbox"/> Diluizione colore pelo                           | 467 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica A31P + A74T –<br>Maine Coon | 421 | <input type="checkbox"/> Profilo Genetico ISAG                            | 460 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Ragdoll                   | 454 | <input type="checkbox"/> Atrofia Muscolare Spinale (SMA)                  | 495 |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia ipertrofica – Sphynx                    | 474 | <input type="checkbox"/> Osteocondrodistrofia – “Mutazione Fold”          | 439 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM1 Burmese, Siamese, Korat              | 468 | <input type="checkbox"/> b-PRA Bengal*                                    | 399 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Korat                                | 510 | <input type="checkbox"/> Progressive retinal atrophy (pd-PRA)             | 646 |
| <input type="checkbox"/> Glicogenosi (GSD) Tipo IV –<br>Norvegese delle Foreste | 419 | <input type="checkbox"/> Tipizz. sierologica gruppi sanguigni             | 513 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Domestic Shorthair                   | 469 | <input type="checkbox"/> Tipizz. gen. gruppi sanguigni incl.raro allele b | 496 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Japanese Shorthair                   | 470 | <input type="checkbox"/> Tipizz. gen. gruppi sanguigni AB Ragdoll         | 634 |
| <input type="checkbox"/> Gangliosidosi GM2 Burmese                              | 478 | <input type="checkbox"/> Tipizz. genetica raro allele b                   | 635 |
| <input type="checkbox"/> Mucopolisaccaridosi (MPS) VI                           | 451 | <input type="checkbox"/> Tipizz. genetica nuovo allele b Ragdoll          | 759 |
| <input type="checkbox"/> Mucopolisaccaridosi (MPS) VII                          | 452 | <input type="checkbox"/> Profilo gatto 1 (PKDef, PKD, HCM MC 1 mut.)      |     |
| <input type="checkbox"/> Mannosidosi (Persiano)                                 | 420 | <input type="checkbox"/> Profilo gatto 2 (PKDef, PKD, HCM RD)             |     |
| <input type="checkbox"/> Lunghezza del pelo                                     | 455 | <input type="checkbox"/> Profilo Gruppo Sanguigni                         | 212 |
|   |     | <input type="checkbox"/> Profilo Gruppo Sanguigni Ragdoll                 | 214 |
|   |     | <input type="checkbox"/> Profilo Lunghezza del pelo                       |     |

 **URGENZA:** referto in 5 giorni lavorativi (+30% sul costo dell'analisi)

**PROPRIETARIO**

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ ( )

 PI 

CF

TELEFONO \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

**DATI PER LA FATTURAZIONE (SOLO SE DIVERSO DA PROPRIETARIO)**

COGNOME NOME / RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

COMUNE: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ ( )

 PI 

CF

TELEFONO \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI REFERTAZIONE E INVIO FATTURA e-mail** 
**PRELEVATORE:**

IO SOTTOSCRITTO COGNOME/NOME \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI MEDICO VETERINARIO

ATTESTO CHE IL CAMPIONE BIOLOGICO PRELEVATO DAL GATTO IDENTIFICATO COME INDICATO SOTTO, E' STATO IDENTIFICATO IN MODO CHIARO ED INEQUIVOCABILE ED E' ALLEGATO ALLA PRESENTE RICHIESTA

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY:** Il sottoscritto, come sopra generalizzato, dichiara di essere a conoscenza e di aver preso visione dell'Informativa Privacy predisposta dalla Società Genefast S.r.l. in ottemperanza al GDPR 2016/679 e visionabile dal sito [www.genefast.com](http://www.genefast.com).

FIRMA:

**CONDIZIONI DI SERVIZIO:** Il sottoscritto, come sopra generalizzato, dichiaro di aver preso visione delle condizioni generali di contratto consultabili dal sito [www.genefast.com](http://www.genefast.com) e dichiaro, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 c.c., di approvare specificamente le seguenti clausole: 5.3. (Esclusione diritto al risarcimento del Cliente in caso di ritardo nella consegna); 6.2. (Sospensione esecuzione in caso di ritardo nei pagamenti); 6.3. (Divieto sospensione pagamenti); 6.5. (Divieto di compensazione); 7.1. (rinuncia ad opporre eccezioni in caso di ritardo nella consegna conseguente all'adeguamento del corrispettivo); 4.4., 8.2., 10.2. e 14.1. (Limitazioni ed esclusioni di responsabilità del Laboratorio); 17 (Giurisdizione e foro competente).

FIRMA: